

АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Дорогие родители! Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка с благоприятным прогнозом.

ФИО ребенка _____ Датарождения _____

1. Есть ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом данные заболевания/состояния:

- | | |
|---|--------|
| * Нарушения минерального обмена (в том числе рахит) | ДА/НЕТ |
| * Заболевания желудочно-кишечного тракта | ДА/НЕТ |
| * Заболевания сердца | ДА/НЕТ |
| * Заболевания почек | ДА/НЕТ |
| * Заболевания органов эндокринной системы | ДА/НЕТ |
| * Болезни органов дыхания | ДА/НЕТ |
| * Заболевания нервной системы | ДА/НЕТ |
| * Заболевания крови | ДА/НЕТ |

2. Какие травмы / операции / госпитализации перенес ребенок? _____

3. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? ДА/НЕТ
если да, какие: _____

4. Бывают ли у ребенка аллергические реакции? ДА/НЕТ

если да, то: на что бывает аллергия? _____,

как она проявляется? (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок, иначе)

дата последней аллергической реакции: _____

5. Были ли у ребенка спонтанные носовые кровотечения? ДА/НЕТ

6. Есть ли у ребенка бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке или плаче? ДА/НЕТ

7. Есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей? ДА/НЕТ

8. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать? ДА/НЕТ

если да, какие: _____

9. Дополнительно о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество пациента/родителя или иного законного представителя)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего здоровья/ здоровья моего ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в год.

Дата «__» _____ 20__ г. _____

(подпись)

(расшифровка)